

FACULTÉ de MÉDECINE de PARIS

Année 1960

508

THÈSE

pour le

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

par

Safaï Mahmoud Abadi MANOUTCHEHR

Né le 15 Décembre 1931

à Chahroud, IRAN

Présentée et soutenue publiquement le 1960

Les FIBROMES du LIGAMENT ROND de l'UTÉRUS

Président : M. MOULONGUET

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière

50

Docteur SAFAIⁱⁱ Manoutchehr

LES FIBROMES

du

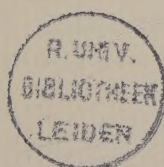
L I G A M E N T R O N D D E L ' U T E R U S

1 9 6 0

=====

A.G.E.P.

o
ooo
{



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUBIN A., BENARD H., BROcq P., BULLARD H., DADENAT F.,
CHABROL E., CHAMPY C., CHEVALIER P., DEBRE R., DONZELOT E.,
GASTINEL P., GUILLAIN G., HALPHEN E., HARVIER P., HAZARD R.,
HEUYER G., LANTUEJOUL P., LAROCHE G., LAUBRY C., LEVY-
SOLAL E., LHERMITTE J., LIAN C., LOEPER M., MARION G.,
MATHIEU P., MOCQUOT P., MONDOR H., MONOD R., MOREAU R.,
MULON P., OLIVIER E., RICHT C., STROHL A., TANOL.,
VELTER E.

DOYEN : Léon BINET
(Membre de l'Institut)
ASSESSEUR : Jean VERNE

I. - PROFESSEURS :

Anatomie	CORDIER G.
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS A.
Anatomie pathologie	DELIARUE J.
Anesthésiologie	BAUMANN J.
Bactériologie	FASQUELLE R.
Biochimie médicale	JAYLE M.F.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT P.
Biologie médicale	FAUVERT R.
Cancérologie médicale	BERNARD J.
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy) ..	REDON H.
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN M.
(Beaujon	SICARD A.
Cliniques (Cochin	QUENU J.
Chirurgicales (Hôtel-Dieu	MENEGAUX G.
(Saint-Antoine	GOSSET J.
(Salpêtrière	MOULONGUET P.
Clinique de Chirurgie infantile et ortho- pédique (Enfants-Malades)	FEVRE M.
Clinique Chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE R.
Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	LAINES (F. de)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY J.
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT J.
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY M.
Clinique gynécologique (Broco)	FUNCK-BRENTANO P.
Clinique des maladies cutanées et syphili- tiques (Saint-Louis)	DEGOS R.
Clinique des maladies des enfants (Enfants- Malades)	CATHALA J.
Clinique des maladies infectieuses (C. Bernard)	MOLLARET P.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY J.
Clinique des maladies métabolique (Necker)	HAMBURGER J.
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL G.
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE T.
(Broussais	GENNES L. de
(Cochin	JUSTIN BESANCON L.
(Hôtel-Dieu	BARLETY M.
(Lariboisière	SOULIE P.
(Pitié	DREYFUS G.
(Saint-Antoine	KOURILSKY R.
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY C.
Clinique médicale propédeutique	(PASTEUR
Clinique médico-sociale du diabète sucré & des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	(VALLERY-RADOT L.
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DEROT M.
(Baudelocque ...	PETIT-DUTAILLIS D.
Cliniques obstétricales (Port-Royal	LACOMME M.
(Tarnier	N...
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ...	VARANGOT J.
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD G.
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	AUBRY M.
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	MARIE J.
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	BERNARD E.
Clinique de puériculture (ST-Vincent de Paul)	MICHAUS L.
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	LELONG M.
Clinique stomatologique (Pitié)	COSTE F.
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME M.
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	SENEQUE J.
Clinique urologique (Cochin)	LEMAIRE A.
Electrophysiologie médicale (Chaire à titre personnel)	FEY B.
Embryologie	DJOURNO A.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GIROUD A.
Histologie	N...
Hygiène des collectivités (Chaire à titre personnel)	VERNE J.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	DEPARIS M.
Hygiène et médecine préventive	TURPIN R.
Médecine du travail	JOANNON P.
Médecine légale	DESOILLE H.
Parasitologie	PIEDELIEVRE R.
	GALLIARD H.

Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE R.
Pathologie exotique	LAVIER G.
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE J.
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (Chaire à titre personnel)	MERKLEN F.P.
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générale	GARCIN R.
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL J.
Physiologie	VINET L.
Physiologie (Chaire à titre personnel) ..	BARGETON D.
Physique médicale	DOGNON A.
Radiologie médicale	DESGREZ H.
Technique chirurgicale	PATEL J.
Thérapeutique	BROUET G.

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL C.
	) COUINAUD C.
	(OLIVIER G.
Anatomie pathologique	(GAUTIER VILLARS (Melle P.)
	) pr. s. ch.
	) BUSSER F.
	) GOUYGOU Ch.
	(ORCEL L.
	(PAILLAS J.
Anesthésiologie	VOURC'H G.
	(NEVOT A., pr. s. ch.
Bactériologie	) BARBIER P.
	(CHRISTOL D.
	) TOURNIER P.
	(DESGREZ P., pr. s. ch.
Biochimie médicale	) POLONOSKI J., m. de conf.
	(SCHAPIRA G., m. de conf.
Biologie médicale	BOURLIERE F., m. de conf.
Carcino-	(DENOIX P.
logie	) MATHE J.
Dermato-Syphiligraphie ...	DUPERRAT B.
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD G.
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS H.
	(BILSKI-PASQUIER G.
Hématologie	) DAUSSET J.
	(COUJARD R., pr. s. ch.
Histologie	) MAROIS M.
	(PACADOT J.

	MM.
Hydrologie	CORNET A.
Hygiène	(BOYER J., pr. s. ch.) CORRE-HURST (Mme l.)
Maladies infectieuses ...	(BASTIN R.) DUPONT V.
Médecine légale	(DEROBERT L., pr. s. ch.) HADENGUE A. (FOURNIER E.) GUENIOT M.
Médecine du Travail	ALBAHARY C.
Neuro-chirurgie	DAVID M.
Neurologie	LHERMITTE F. (GRANJON A.) HERVET E. (LE LORIER G.) MORIN P. (MUSSET R.) ROBÉY M. (THOYER-ROZAT J.
Obstétrique	(BREGÉAT P.) SARAUX H.
Ophthalmologie	(JUDET R.) RAMADIER J.
Orthopédie	DEBAIN J.
Oto-rhino-laryngologie ..	(BRUMPT L.C., pr. s. ch.) RAMADIER J.
Parasitologie	(BARCAT J.) BINET J.P. (GACHOIX J. (CHATELIN C.L.) DUBOST Ch. (FAUREL J.) FLABEAU F. (GERMAIN A. (LAURENCE G., agr. per.) LORTAT-JACOB J.L. (LOYGUE J.) MERCADIER (PERROTIN J.) ROBERT H. (THOMERET G.
Pathologie chirurgicale .	
Pathologie exotique	SCHNEIDER J.

	MM.
Pathologie expérimentale .	(CROSNIER) HARTMANN L. (LOEPER J.) MAURICE J. (PLAS F.) RICHET G.
	(AUSSANNAIRE M.) BOUR H. (BOUVIER J.) BOUVRAIN Y. (BRICAIRE H.) BRISSAUD H. (BROCARD H.) BUGE A. (CASTAIGNE P., m. de conf.) CASTINAT J. Pathologie médicale (CONTAMIN F.) COURY C. (FREZAL J.) HOUSSET E. (LAROCHE Cl.) LESOBRE R. (MACREZ C.) NICK J. (PEQUIGNOT H., m. de conf.) ROYER P. (WOLFROMM R.
Pédiatrie-Puériculture ..	) JOSEPH R. (MANDE R.) MOZZIGONACCI P. (POLONOVSKI C.) ROSSIER A.
Pharmacologie	(LEVY (Melle J.) pr. s. ch.) BOISSIER J. (LECHAT P.
Physiologie	) PARROT J., pr. s. ch. (DEJOURS P.
Physique médicale	GOUGEROT L., m. de conf.
Pneumo-phtisiologie	KREIS B.
Psychiatrie	PICHOT P.
Psychiatrie infantile ...	DUCHE D.
Rhumatologie	DELBARRE F.
	(CERNEA P.
Stomatologie	) CHAPUT Mme A., m. c. agr. (GRELLET M.
Thérapeutique	) CHASSAGNE P. (LAMOTTE M.
Urologie	QUENU L.

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

	(	ABOULKER P.	
	)	AMELINE A.	
	(	HUGUIER J.	
	)	LEGER L.	
Clinique chirurgicale	(	OLIVIER C.	
	)	PADOVANI P.	
	(	POILLEUX F.	
	)	ROUX M.	
	(	VERNE J.M.	
	(	HAGUENEAU J., pr. s. ch.	
	)	BOUDIN G.	
	(	CONTE M.	
	)	DOMART A.	
Clinique médicale	(	MILLIEZ P.	
	)	PERRAULT M.	
	(	RAMBERT P.	
	)	THIEFFRY S.	
	(	TURLAF J.	
Clinique neuro- rhumatologique		SEZE (S. de)	
	(	GRASSET J.	
	)	LEPAGE F.	
Clinique obstétricale ...	(	MAYER M.	
	)	MERGER R.	
	(	RAVINA J.	
Clinique	)	DESVIGNES P.	
ophthalmologique .	(	OFFRET G.	
Clinique oto-rhino-laryngologique ...		MADUROR	
Clinique pédiatrique et puériculture.		LAPLANE R.	
Clinique psychiatrique		BARUK H.	
Clinique urologique		KUSSR.	

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS
LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY P. pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI J., pr. à t. p
Pathologie chirurgicale	RUDLER J., pr. s. ch.
Secrétaire général de la Faculté ...	M. LENA J.
Secrétaires	Mme BEURLAND H., Melle CHAINTREUIL G. Melle HURE A.
Conservateur chargé de la Direction de la Bibliothèque :	M. le Docteur HAHN A.
Conservateurs :	Melles DUMAITRE P., GOICHON A.M.
Bibliothécaires :	Mme CONTET J., Mlles LAURENT, LENOIR QUIETREUIL

A Mon Cher Père,

Qui est pour moi le plus bel exemple
de courage et de bonté.

En témoignage de mon affection et
de ma profonde reconnaissance, je lui
dédie ces lignes.

A Ma Mère,

A la mémoire de Mes Grands Parents.

A mon Oncle le Docteur NILLI

A mes Frères

A mes Soeurs

A mes Oncles, Tantes et Cousins

A mon Ami, Monsieur Marcel MARION

Directeur des Oeuvres Universitaires de Poitiers

dont les sages et affectueux conseils ont aidé
à ma réussite.

A mes Amis

A mes Camarades d'Internat

Avec toute mon affection.

A la mémoire de mon Maître le Professeur Paul FOUCAULT

Professeur de la Clinique Chirurgicale de l'Ecole
de Plein Exercice de Médecine de Poitiers.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Médaille de la Bravoure Belge.

Auprès duquel j'ai trouvé, outre les
précieux conseils et l'exemple de ses qualités
professionnelles, un soutien très affectueux.

Qui me fit profiter de ses grandes con-
naissances par son remarquable enseignement.

Auprès de qui j'ai appris à aimer la
Chirurgie et qui, semblable à un père, me
prodigua des marques de bonté et de compré-
hension infinie.

Que son âme soit assurée de toute ma
reconnaissance et de mon amitié respectueuse
et sincère.

A mon Maître le Docteur Henri LAFFITTE.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Associé National de l'Académie de Chirurgie

Membre Correspondant de l'Académie de Médecine

Membre des Sociétés Françaises d'Urologie et d'Orthopédie

Membre de la Société Internationale de Chirurgie

Vice-Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Officier de la Légion d'Honneur.

Avec ma très sincère et affectueuse reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu porter à la présentation de ce travail et de l'accueil bienveillant qu'il m'a toujours réservé.

Qui m'a initié à l'art de la Chirurgie.

Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde admiration.

A mon Maître le Docteur Pierre SUIRE.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté de
Médecine de Paris

Associé National de l'Académie de Chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui m'a prodigué un enseignement précieux
et m'a toujours guidé par ses conseils judicieux
et son exemple.

Qu'il trouve ici l'expression de ma
profonde reconnaissance.

A mes Maîtres de l'Ecole de Plein Exercice de
Poitiers

A mes Maîtres des Hôpitaux

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris.

A Notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur MOULONGUET

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la Présidence de cette thèse.

Avec notre reconnaissance et notre
profond respect.

A Notre Jury de Thèse.

o
o o
(

LES FIBROMES DU LIGAMENT ROND DE L'UTERUS

-0-

I N T R O D U C T I O N

Il est classique de dire que les fibromes du ligament rond sont d'observation rare. Des travaux importants toutefois en comportent un nombre respectable.

Depuis les publications princeps des observations ont été publiées renforçant le nombre des différentes formes pouvant survenir en un point quelconque du trajet du ligament rond. Néanmoins, leur découverte est quand même rare et il nous a semblé utile de rassembler en cette étude différents points, relevant de leur étiologie particulière, de leur symptomatologie très atténuée et de leur thérapeutique délicate.

A l'occasion d'un cas qu'il nous a été permis d'observer, nous avons été à même de retrouver certaines données cliniques connues, mais également quelques notions qui ont leur portée thérapeutique particulière.

°
° °

Il existe sur le trajet du ligament rond et le plus souvent au niveau de sa portion inguinale, des tumeurs qui lui sont propres et qui doivent être, par conséquent, distinguées des lésions des tissus voisins : paroi abdominale, triangle de Scarpa, espace rétro-crural.

Les tumeurs du ligament rond peuvent être classées en deux catégories de base : bénigne et maligne.

A. - Devant cette variété de tumeurs bénignes, on trouve des tumeurs solides et kystiques.

1. - Les tumeurs solides :

Ces tumeurs se divisant en : les endométriomes, les adéno-fibromes et les fibromes. Les deux premiers ne feront pas l'objet de notre travail. Par contre, les fibromes purs ou plutôt les fibromyomes du ligament rond feront l'objet de notre étude que nous verrons dans les prochains chapitres.

2. - Les tumeurs kystiques :

Elles se développent aux dépens de son enveloppe péritonéale dans le pli inguinal, c'est-à-dire du canal de Nüeck ou canal péritonéo-vaginal (ces dernières ne feront pas également partie de notre discussion.)

B. - Tumeurs malignes ou sarcomes fibroblastiques du ligament rond, ne rentrant pas dans l'étude de cette Thèse.

On conçoit donc que ces tumeurs, même réduites à la seule catégorie des fibromes, soient très variées et que l'étude soit de ce fait très complexe du fait de leur topographie inédite amenée par leur situation sur le trajet décrit par le ligament rond. La rareté relative de ces tumeurs et la difficulté habituelle de leur diagnostic nous a incité à entreprendre cette Thèse. L'objet de notre étude sera essentiellement les fibromes purs et les fibromyomes du ligament rond.

Aussi nous a-t-il paru important de rechercher successivement le caractère de ces tumeurs, d'analyser leur étiologie, de faire un rappel de leur embryologie, de leur siège anatomique, de leur nature histologique et anatomopathologique et d'essayer de préciser les aspects cliniques fort variables ainsi que la conduite à tenir vis à vis d'elles.

H I S T O R I Q U E

Avant le travail princeps de DELBET et HERESCO paru en 1896, la première observation en a été donnée par WALTHER en 1805 : tumeur calcifiée découverte d'autopsie.

Le second cas fut publié par COULSON en 1859.

SPENCER, WELS en 1865, ont publié les deux premiers cas opérés en Amérique.

SANGER en 1883, fait une publication très détaillée sur 12 cas, et 13 ans après, alors que DELBET et HERESCO reprennent la question, ils n'ont pu rassembler que 16 cas.

En 1901, PARDINI rapporte un cas diagnostiqué avant l'opération siégeant dans la portion pelvienne du ligament rond.

En 1903, E-MANUEL publie 18 cas.

En 1910, CHEVASSU fait une étude sur les tumeurs Wolffiennes du ligament rond et LECENE à la même époque nous donne une longue étude des tumeurs de la portion inguinale.

En 1933, WATKINS en publie 173 cas.

PARDINI, en 1934, à nouveau, fait une importante revue générale sur ces tumeurs. FRESSEN, en 1936, en rapporte 157 cas, la plupart allemands.

En 1938, NEUGEHAUER, ainsi que SPERL en 1943 font une statistique sur 18.000 malades opérés dans le service de gynécologie et trouvent 0,017 % des tumeurs du ligament rond.

En 1944, BAUDEAU rapporte 2 cas de fibromes du ligament rond extra-péritonéal siégeant dans le canal inguinal.

En 1948, GUIDONI et OLIVIER rapportent deux cas de fibromes volumineux intra-abdominal du ligament rond chez des femmes âgées de 30 et 35 ans.

En 1949, MADILHAC fait une étude très détaillée sur les tumeurs du ligament rond de l'utérus.

En 1952, RUBENSTEIN et KURZON font une étude sur l'adéno-myome du ligament rond au cours de la grossesse.

En 1953, KALENDAREFF fait une publication en Russe sur un fibromyome du ligament rond.

*

* *

E T I O L O G I E

Ces tumeurs fibromateuses du ligament rond dans l'ensemble ont été bien moins étudiées que celles des organes génitaux pelviens.

A G E :

Ces fibromes se rencontrent avec le maximum de fréquence chez la femme adulte, pendant la période active de la vie génitale.

Les observations que nous rapportons confirment cette idée.

Contrairement à ce que considéraient DELBET et HERESCO que l'âge de 40 à 50 ans était propice au développement de ces tumeurs, nous rapportons des observations de femmes âgées de 30, 32, 34, 35 et 38 ans, d'autant plus que ces tumeurs peuvent exister chez de jeunes sujets.

HORINE en a trouvé une chez une enfant d'un an.

DUCUING opéra une fillette de 5 ans, chez laquelle on avait vu sa tumeur bi-latérale apparaître vers 15 mois.

DE VINCENTIS enleva une tumeur du ligament rond à une fillette de 10 ans.

Inversement, des tumeurs du ligament rond ont été relevées chez des femmes âgées de 76 et 78 ans : les malades de WINCKEL et FRESSEN.

GROSSESSE :

L'influence de la grossesse sur les fibromes paraît facile. Alors que la grossesse provoque une augmentation du volume des endométrïomes, qui régressera d'ailleurs après l'accouchement.

Néanmoins les douleurs augmentant en cours de grossesse (notre observation) indique une influence certaine.

Seul IREATA rapporte une observation de tumeur inguinale fibreuse qui augmenta brusquement au 4ème mois de la grossesse, sans que l'on retrouve à l'avance de signe de dégénérescence.

C O T E :

Les fibromes du ligament rond siègent aussi bien à droite qu'à gauche, unilatéraux ou bilatéraux, parfois multiples. SPERL a publié environ 200 cas qui siégeaient dans la portion inguinale du ligament. Leur volume réduit peut être considérable, et de telles tumeurs peuvent peser jusqu'à 12 Kgs (LEOPOLD).

Leur structure est exactement celle des fibromyomes de l'utérus et du ligament large.

TRAUMATISME :

Le rôle du traumatisme dans la genèse de ces fibromes a été invoqué, sans toutefois avoir fait l'objet de faits probants. C'est ainsi que les observations de KLEIN WACHTER, de DEMFANOVITCH et de NEUGEHAUEUR, en font mention.

*

* *

RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

Il est intéressant de se reporter aux notions embryologiques qui expliquent, non seulement les raisons d'être des tumeurs et leurs sièges, mais encore certaines particularités communes qui sont le fait, soit des adhérences, soit des complications de développement anormal.

Dès le stade indifférent, en connexion avec la glande génitale, se développent deux canaux excréteurs : le canal de Wolf et le canal de Müller. Ensuite, les canaux de Wolf et de Müller forment ensemble un cordon en relief sur le corps de Wolf et, ensuite, sur la paroi postérieure : on l'appelle "Cordon uro-génital".

Dans le cordon uro-génital, les deux canaux sont toujours côte à côte, mais leur position réciproque change.

D'autre part, l'extrémité inférieure du corps de Wolf est également reliée à la future région inguinale par un autre repli péritonéal, qui porte le nom de ligament inguinal. Ce repli contient des éléments conjonctifs et musculaires lisses qui forment le gubernaculum testis (HUNTER).

Ce ligament inguinal et son contenu sont croisés superficiellement par le cordon uro-génital.

Au point de croisement, le ligament inguinal adhère à ce cordon. A l'extrémité inférieure du gubernaculum testis et du ligament inguinal, le péritoine émet à travers la paroi abdominale un diverticule appelé canal vaginal. Chez la femme, ce canal vaginal est encore appelé canal de Nüch. Il est court, car il s'arrête aux grandes lèvres, et s'oblitére normalement par soudure de ses

parois vers le 4ème mois de la vie intra-utérine. Chez l'homme, le gubernaculum testis contient le testicule dans les bourses.

Chez la femme, des deux éléments du cordon urogénital, le canal de Wolf s'atrophie, tandis que le canal de Müller persiste et constitue avec celui du côté opposé le conduit génital de la femme. Au point de croisement le ligament rond quitte le conduit génital au moment même où commence l'utérus, il gagne le canal inguinal en évoluant pour son propre compte.

On sait que le ligament inguinal est adhérent par son extrémité supérieure au cordon urogénital et par suite aux canaux de Wolf et de Müller, à la limite entre les segments supérieurs et inférieurs de ces canaux.

Le ligament inguinal persiste chez l'adulte. Entraîné dans le bassin au cours de la descendance de l'ovaire et de la trompe, il se développe, devient le ligament rond de l'adulte, avec toutes ses particularités et caractéristiques communes.

*

* *

RAPPEL ANATOMIQUE

Nous savons que les ligaments ronds s'étendent des parties antéro-latérales de l'utérus à la région pré-pubienne. Aplatis d'avant en arrière à leur origine, ils diminuent de hauteur au fur et à mesure qu'ils s'éloignent de l'utérus, et prennent peu à peu la forme plus ou moins cylindrique qui leur a valu leur nom. Leur longueur est de 12 à 14 cm. ; leur diamètre, moyen, de 5 ou 6 mm.

Ils prennent naissance sur la partie antérieure et latérale de l'utérus, un peu au-dessous de la trompe. Ils se portent ensuite obliquement, en avant et en dehors vers l'orifice interne du canal inguinal, le parcourent dans toute son étendue et, finalement, se terminent à la base des grandes lèvres.

Ils occupent donc successivement le bassin, la fosse iliaque interne, le canal inguinal et la vulve. De là, leur division en 4 portions : pelvienne, iliaque, inguinale et vulvaire.

- Portion pelvienne :

D'abord aplatis latéralement, puis, plus ou moins cylindriques cheminent dans l'épaisseur du ligament large. Elle s'applique plus spécialement contre le feuillet antérieur de ce ligament, qu'elle soulève plus ou moins en formant une sorte de repli : l'aileron antérieur. Le ligament rond est en rapport à ce niveau, en avant avec la vessie, en arrière avec l'ovaire, en bas avec le tissu cellulaire de la base du ligament large.

- Portion iliaque :

La portion iliaque s'étend du détroit supérieur à l'orifice interne du canal inguinal. Elle croise successivement et sous un angle très aigu la veine iliaque externe et l'artère du même nom.

Au moment de s'engager dans le canal inguinal, elle décrit une courbe dont la concavité, dirigée en bas et en dedans, embrasse la courbe de sens contraire que forme à ce niveau la portion initiale de l'artère épigastrique.

- Portion inguinale :

Le ligament rond pénètre dans le canal inguinal par un orifice profond se trouvant à un travers de doigt au-dessus et un peu en dedans du milieu de l'arcade fémorale, le bord libre, à un orifice superficiel qu'on désigne encore sous le nom d'anneau inguinal, est compris entre deux faisceaux tendineux du grand oblique, les piliers interne et externe de l'anneau inguinal, qui vont l'un à l'épine du pubis du même côté, l'autre à l'angle et à l'épine du pubis du côté opposé. Cet orifice est allongé de haut en bas et de dehors en dedans. Son extrémité supérieure, effilée, arrondie, par les fibres arciformes du grand oblique.

Le ligament rond dans son trajet inguinal répond en avant à la paroi antérieure du canal constitué par les muscles du grand oblique, petit oblique et transverse.

En bas, à la paroi inférieure du canal formé par l'arcade fémorale, en haut à la paroi supérieure constituée par les faisceaux les plus inférieurs du petit oblique et du transverse qui croisent le ligament rond en passant

au-dessus d'eux et forment la partie externe de la paroi supérieure du canal inguinal.

En dedans de ce croisement, cette paroi supérieure répond à l'interstice compris entre le grand oblique et le petit oblique.

En arrière, à la partie constituée d'après Grégoire par le pilier postérieur du canal inguinal ou ligament de Colles, avec le tendon conjoint, le ligament de Henle et le fascia transversalis.

D'après FRUCHAUD, la constitution du canal inguinal a été interprétée en dissociant systématiquement le tendon conjoint en ses deux éléments et en tenant compte d'une évolution de la position "debout" humaine. L'auteur en comparant l'aine du chien et l'aine de l'homme, montre que chez l'homme le sillon inguino-crural s'est largement ouvert au pli de l'aine et, de ce fait, il n'y a plus de distinction nette entre une région inguinale et une région crurale. Le canal inguinal a été entraîné en haut avec les trompes, en même temps qu'il devenait très superficiel au-dessus du pli de l'aine ; de plus, chose essentielle, le canal inguinal a été disloqué, car, à son niveau, les plans de la paroi abdominale ont été séparés les uns des autres pour suivre des directions différentes.

A/ - Le grand oblique a été entraîné en avant de telle sorte que l'arcade crurale devient très antérieure par rapport au péritoine inguinal.

B/ - Le petit oblique remonte dans la paroi abdominale, et cela souvent sur plusieurs centimètres.

C/ - Seul, le transverse est resté en profondeur au contact direct du péritoine inguinal ; mais il a été entraîné, étiré vers le bas par les connexions faciales

qui l'attachent à la partie basse des vaisseaux iliaques externes ; il en est ainsi parce que le redressement des vaisseaux ilio-fémoraux s'est accompagné de la descente de la partie basse des vaisseaux iliaques externes, qui sont passés dans la racine de la cuisse pour devenir partie haute des vaisseaux fémoraux.

Cette descente vasculaire est essentielle pour la compréhension de l'anatomie de l'aîne humaine ; elle n'est d'ailleurs pas terminée à la naissance et c'est ainsi que les prolongements inférieurs du transverse passent vers ou dans la racine en formant de haut en bas ces formations faciales composites qui s'appellent : fascia-transversalis, bandelette ilio-pubienne et gaine extérieure des vaisseaux fémoraux. Cette théorie n'est pas sans intérêt dans la question dont nous nous occupons. En effet, elle explique en particulier les raisons d'adhérences du fibrome du ligament rond avec les éléments de la paroi inférieure et postérieure du canal inguinal et tout particulièrement l'accolement intime avec les fascias pré-vasculaires.

Quelle que soit la théorie anatomique que l'on puisse envisager, il faut retenir que, le ligament rond est longé en avant et en dehors par le rameau génital des abdomino-génitaux ; en arrière par celui du génito-crural et par l'artère funiculaire. Ce voisinage avec les éléments nerveux peut en expliquer la sensibilité toute particulière en certains cas.

Le ligament rond est toujours à l'état de cordon plat, et non dissocié, adhérent par l'insertion de ses fibres, aux parois du canal. Le ligament, les vaisseaux et les nerfs qui l'accompagnent sont séparés de l'arcade crurale par un manchon graisseux qui les masque. Ces lobules

sont connus sous le nom de "Bouchon d'Imlach", le péritoine au niveau de l'orifice interne se déprime en fossettes et se fixe au ligament assez fortement, puisqu'en allongeant celui-ci de 5 à 8 cm. par traction, on risque de faire un trou au péritoine.

- Portion vulvaire :

Enfin, dans sa portion vulvaire, le ligament rond, à peine dégagé du canal inguinal se résout en de nombreux filaments qui divergent aussitôt à la manière d'un éventail. De ces filaments, sortes de tendons minuscules, les uns se rendent à l'épine du pubis, ou même à la face ~~an~~ antérieure de la symphyse. Les autres, et ce sont les plus nombreux, se perdent dans la couche cellulo-adipeuse du mont de Vénus et des grandes lèvres.

Le ligament rond, malgré son faible diamètre, possède une résistance considérable.

Dans son trajet, il est accompagné par le péritoine jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal seulement. Là, la séreuse l'abandonne pour passer sur la paroi abdominale antérieure, en formant au-devant de l'orifice précité une petite dépression qui constitue la fossette inguinale externe. Chez le fœtus, au contraire, du 4ème au 8ème mois, le péritoine se prolonge sur le ligament rond jusqu'à l'épine du pubis ; il forme ainsi un long diverticulum qui occupe toute l'étendue du canal inguinal et que l'on désigne sous le nom du canal de Nüch.

L'artère du ligament rond provient de l'artère épigastrique, elle est très grêle, mais constante, elle s'engage dans le ligament rond, dans l'orifice interne du canal

inguinal, parcourt ce canal dans toute son étendue et vient se terminer dans la grande lèvre.

Les veines du ligament rond sont issues du riche plexus péri-utérin cheminant les unes à la surface du ligament rond, les autres dans son épaisseur.

Les lymphatiques aboutissent, soit aux ganglions iliaques, soit aux ganglions de l'aîne.

Les nerfs proviennent du rameau génital de la branche génito-crurale.

*

* *

RAPPEL HISTOLOGIQUE DU LIGAMENT ROND

Le ligament rond est composé de fibres lisses mêlées de fibres élastiques. Ces fibres sont pâles, anastomosées en réseau allongé dans le sens du trajet. Au centre est un tissu conjonctif cellulaire renfermant des vaisseaux nombreux et des nerfs, qui vont d'un bout à l'autre sans donner de branches. L'artère funiculaire vient de l'artère épigastrique. Ces plexus veineux où le cours du sang se fait de l'utérus au pli de l'aîne et qui se déversent dans les veines épigastriques et fémorales, réalisent un plexus considérable dans la grossesse, enfin, existent le rameau génito-crural et quelques lymphatiques.

La portion inguinale renferme constamment des fibres striées, les unes venant du petit oblique et du transverse, mais le plus grand nombre étant des fibres indépendantes qui s'insèrent à l'épine pubienne et au canal ; elles s'étendent, mêlées aux fibres lisses, sur une longueur très variable, tantôt elles cessent au bout de 1 cm., tantôt elles se prolongent jusqu'à l'utérus. Ce mélange de fibres lisses et striées et ce trajet du canal inguinal donnent au ligament rond une grande analogie avec le gubernaculum du testicule.

*

* *

ANATOMO - PATHOLOGIE

A la lumière de l'origine embryologique et histologique du ligament rond, on peut penser à priori que les tumeurs de cet organe sont analogues à celles de l'utérus lui-même.

En effet, les tumeurs les plus fréquentes décrites sont des fibromyomes, des fibromes purs, ou même des adénomyomes qui reproduisent la structure complète du muscle et de la muqueuse utérine.

Ces tumeurs peuvent être le siège de dégénérescences diverses du fait de leur mauvaise vascularisation.

Nous envisageons, tout d'abord, les tumeurs bénignes qui sont les variétés les plus fréquentes et qui le restent presque toujours, et d'autre part, leur possibilité de se transformer, et enfin, les tumeurs malignes beaucoup plus rares comme d'ailleurs celles du muscle utérin qui peuvent leur succéder.

Les fibromyomes sont en général des tumeurs de consistance ferme, ovoïdes, blanc nacré ou bleuté, lisses et régulières, leur structure histologique est analogue à celle du fibromyome utérin : tourbillon de fibres conjonctives et de fibres musculaires lisses.

Lorsque la tumeur est juxta-utérine, il y a prédominance du tissu myomateux. Plus la tumeur siège loin de la corne utérine, plus elle devient fibreuse. Le volume de ces tumeurs est très variable, depuis le simple noyau de la grosseur d'une noisette découverte opératoire, jusqu'à des tumeurs intra-abdominales pesant de 12 à 14 Kgs.

Il est parfois difficile de définir l'origine de la tumeur, le problème est facile lorsque le ligament rond paraît pénétrer un pôle pour ressortir de l'autre, mais ces connexions ne sont pas toujours évidentes. On a décrit des tumeurs reliées au ligament par un pédicule indépendant susceptible de phénomènes de torsion. Le fibromyome est en général unique, il peut coexister avec un fibrome utérin, ainsi que l'ont décrit CLAISSE, DAMBRIN et BERNARDHEIG, KELLY, WALCLAW, KARNICIKI, MAYO et SHUNKE.

Les tumeurs fibromyomateuses du ligament rond peuvent être le siège de dégénérescences diverses. L'évolution vers la forme fibromyomateuse pure et infiltration calcaire est exceptionnelle. On rencontre plus fréquemment des zones de ramollissement avec aspect oedémateux.

MONDOR en cite deux observations :

- le premier est un fibromyome avec une dégénérescence considérable,

- le second est un myome avec infiltration massive du stroma et altération dégénérative des fibres musculaires lisses.

L'aspect histologique peut être encore plus complexe dans le cas de DURAND, la tumeur du volume d'une tête foetale présente une cavité centrale contenant un liquide louche. Le tissu tumoral était le siège d'aspects histologiques divers, zone de nécrose, zone d'oedème, d'inflammation chronique. Il est exceptionnel de rencontrer une masse lipomateuse dont l'origine est une dégénérescence graisseuse. Un seul cas a été publié, c'est celui de MALASSEZ.

La transformation myxomateuse est plus fréquente. On peut voir une prédominance de l'élément muqueux comme dans le cas de LEOPOLD : parfois il s'agit de formes mixtes, tel

est le cas de WALTHER : fibromyomes. Des myxomes purs ont également été décrits, tel le cas rapporté par BONA et De BRAVARSKI, ROSENTHAL, SPENCER, STACY et TRAIAN.

Dans ces cas, il est difficile de savoir s'il s'agit d'un aspect régressif du tissu fibreux ou d'une tumeur d'origine embryonnaire.

LEOPOLD et ROSINSKI ont rapporté chacun un cas de dégénérescence lymphagiectasique. Cette éventualité est aussi rare que la dégénérescence télangiectasique décrite par SHEDORF et ORR.

Les léiomyomes se rencontrent parfois dans la portion intra-péritonéale juxta-utérine du ligament rond.

Dans une observation, MAYO, SHUNK décrivirent plusieurs petits léiomyomes au niveau du ligament rond droit. Ceux-ci coexistent avec un fibrome pédiculé du fond utérin et un adénome du ligament rond opposé.

Les tumeurs fibromyomateuses peuvent être le siège de dégénérescence maligne, il s'agit dans ce cas de sarcome qui reste d'ailleurs exceptionnel.

Les fibromes du ligament rond siégeant dans la partie extra-péritonéale sont habituellement décrits comme des tumeurs de consistance dure, rémittente, mobile sur les plans superficiels, non adhérents. aux plans profonds de la région inguinale, et, fait important, à contours bien limités et sans aucun pédicule les rattachant aux plans profonds. Le cas que nous rapportons s'oppose à cette description classique, en effet, il s'agissait d'une tumeur qui soulevant le grand oblique adhérait intimement avec lui et englobait dans sa masse le petit oblique et le transverse, le bord externe du grand droit était également adhérent à la tumeur.

Il s'agissait d'une masse allongée, immobile, à contours mal limités, en quelque sorte fondue dans le canal, le pédicule épigastrique qui adhérerait à cette masse néoplasique dut être sectionné en cours d'opération. Le péritoine était également intéressé par cette adhérence. On est conduit, au moment de l'ablation de cette masse sur les vaisseaux fémoraux que l'on clive (artères et certaines veines ; on est obligé de faire des ligatures à ce niveau sur les branches collatérales).

Le professeur DELARUE qui a bien voulu examiner cette pièce donne les conclusions suivantes : "Cette tumeur de la région inguinale comprend, avec des lobules adipeux, séparés par des travées aponévrotiques, un foyer tumoral assez nettement circonscrit. Celui-ci est constitué par des faisceaux fibroblastiques, collagènes, auxquels se mêlent des fibres musculaires lisses. La vascularisation est assez abondante. Cette structure répond tout à fait à l'aspect des fibromyomes du ligament rond. Il faut reconnaître qu'il est assez singulier d'apprendre que cette tumeur enrobait le canal inguinal, ce qui n'est guère l'habitude en cas de fibrome du ligament rond. Pourtant, on n'observe aucun signe de tumeur maligne. Rien, d'autre part, ne vient évoquer l'idée d'une endométriose du ligament rond".

Il semble s'agir, ici, d'une tumeur qui, du fait de son aspect envahissant, se rapproche des caractères assignés aux fibromes :

Tumeurs non encapsulées, faiblement infiltrantes qui pourraient donner lieu à des récidives locales. Dans le cas que nous décrivons, il n'existe aucun caractère de malignité.

La malade ne présente, par ailleurs, aucune métastase décelable.

Les endométrïomes ou adénomyomes sont aussi fréquemment rencontrés que les tumeurs précédentes.

Les kystes parmi lesquels il faut distinguer les tumeurs kystiques et les kystes vrais du ligament rond, qui, eux, sont exceptionnels. Les uns sont la conséquence du ramollissement oedémateux ou nécrobiotique d'un fibrome, tel est le cas de la grosse tumeur juxta-péritonéale enlevée par HASELHORST. D'autres sont des lacunes vasculaires apanage des myomes télangiectasiques. D'autres, enfin, se développent aux dépens d'éléments aberrants ou de débris embryonnaires épithéliaux, vestiges des corps de WOLF et de MULLER. Les lipomes primitifs ou secondaires à une dégénérescence d'un fibrome, sont rares.

Les tumeurs malignes ne représentent que 1 à 2 % des tumeurs du ligament rond.

*
* *

SYMPTOMATOLOGIE

Les fibromes ou fibromyomes du ligament rond de l'utérus ont une période de latence clinique au début où les signes fonctionnels sont très discrets et les signes physiques très peu apparents ; par conséquent, le diagnostic clinique de ces tumeurs ne se fait qu'à la période d'état et même à la période des complications.

Les signes cliniques de ces tumeurs varient suivant le niveau qu'elles occupent sur le trajet du ligament rond.

Nous étudierons successivement les fibromes intra-pelviens, les fibromes juxta-péritonéaux, les fibromes inguinaux, les fibromes de la grande lèvre. Enfi, quelques rares cas de fibromes du ligament rond inclus dans la paroi antérieure de l'abdomen après hystéropexie selon la technique de DOLERIS.

I. - LES FIBROMES INTRA-PELVIENS :

Ils siègent près de la corne utérine, au voisinage de la trompe et de l'ovaire, dans le petit bassin.

A. - Lorsqu'ils sont de petit volume :

Ce ne sont que des découvertes opératoires dont aucun signe fonctionnel ou physique ne peuvent nous conduire à faire le diagnostic. C'est l'exemple d'un cas de BERNARDHEIG qui, opérant une salpingite, découvre une masse de la grosseur d'une noix dans la partie proximale du ligament rond.

Aussi, nous citons le cas d'une intervention pour

un fibrome utérin, faite par MAYO et SHUNKE, qui découvrent sur le ligament droit une petite tumeur et à gauche deux petites masses.

Des cas semblables ont été également rapportés par MONDOR et SAMPSON.

B. - Lorsqu'ils sont de volume moyen :

Ce qui est le plus fréquent. Au début, ce n'est que par hasard qu'une laparotomie les fait découvrir, ou un examen gynécologique très poussé chez une femme maigre. Le plus souvent, c'est seulement lorsqu'ils ont déjà acquis une dimension suffisante que l'examen clinique est positif. A cette période, on peut classer la symptomatologie clinique de ces tumeurs en signes fonctionnels et en signes physiques.

- Signes fonctionnels :

Ces signes sont très discrets, tout au plus la malade peut accuser une tension douloureuse dans le bas-ventre.

- Signes physiques :

L'inspection et la palpation ne peuvent rien montrer à cause du volume moyen et restreint de la masse, mais le toucher vaginal peut, la découvrir en constatant l'existence d'une masse para-utérine que le toucher combiné au palper confirme et situe. En effet, il s'agit d'une masse indépendante de l'utérus, sans pouvoir affirmer précisément sa nature exacte, mobile, élastique ou non, dure, adhérente et séparée par un sillon de l'utérus.

Signalons que le signe de KUSTER "le fait qu'une tumeur du ligament rond déplace l'utérus en arrière et en bas, alors qu'une tumeur ovarienne repousse l'utérus en

avant" ; et le signe de KLEINWACHTER : "tiraillement inguinal lorsqu'on déplace la tumeur au toucher vaginal", peuvent parfois guider le diagnostic. Ce dernier signe a été très apprécié par DELBET qui estime que c'est le seul permettant d'affirmer que la tumeur siège sur le ligament rond.

Dès ce stade de l'évolution des fibromes, nous pouvons parfois rencontrer une symptomatologie modifiée, tantôt elle est la conséquence des adhérences aux organes voisins, tantôt c'est une douleur pelvienne, parfois des troubles des règles ou dysménorrhée tumorale et enfin, l'augmentation du volume du fibrome. Ce sont presque déjà des complications.

1°) Adhérences aux organes voisins :

Dans ces cas, les renseignements cliniques sont encore plus difficiles à interpréter, et l'exemple le plus typique nous a été rapporté par SPERL : croyant opérer une annexite, il trouva un fibrome du ligament rond intimement adhérent à la trompe et à l'ovaire, de telle sorte qu'avant de l'avoir libéré, il n'était pas possible de le prendre pour autre chose qu'un abcès de l'ovaire.

2°) Apparition de la douleur :

En effet, elle est due à l'augmentation du volume du fibrome, entraînant des douleurs sur le péritoine pelvien, tant par la masse, que par son poids, que par les tiraillements des filets nerveux inclus. L'élément de la douleur dans un certain nombre de cas est fonction des adhérences avec les organes voisins. Une observation de MAYO et SHUNKE, plaide pour cette notion : femme âgée de 33 ans, souffrant au début de ses règles depuis un certain nombre d'années, du côté droit. A l'intervention : fibrome du ligament rond de la grosseur d'un oeuf, très adhérent aux annexes droites.

3°) Troubles des règles, dysménorrhée tumorale :

Ces notions, sont rarement constatées, IMINATOFF explique son origine par le fait que les fibres sympathiques et les voies réflexes qui excitent normalement au niveau du ligament, tiraillées ou comprimées, provoquent des changements fonctionnels réflexes, au niveau des organes voisins ; c'est ainsi que STUX désigne ces phénomènes sous le nom de "dysménorrhées tumorales".

4°) Augmentation du volume du fibrome :

Ces tumeurs peuvent atteindre parfois des volumes considérables. Nous pouvons en citer plusieurs exemples :

- 1 - Dans l'observation de LEOPOLD, la tumeur pesait 12 Kg.
- 2 - Dans l'observation de GUIDONI et OLIVIER, la tumeur pesait 5 Kg. 30 g.
- 3 - Le cas d'une tumeur mesurant 46 cm. sur 48 cm. apporté par WARD
- 4 - Le fibrome ayant le volume d'un utérus gravide à terme (SALVULESCU).

Dans ces cas, une sensation de pesanteur et algies vésicales et abdominales ont été observées.

C. - Lorsqu'ils sont volumineux :

Ces fibromes ne sont que des tumeurs passées inaperçues jusqu'à présent par la malade et ou non diagnostiquées, ou à tort, par le médecin, donnant une symptomatologie semblable aux tumeurs des organes voisins, plus fréquemment provenant surtout des ovaires, de l'utérus.

L'interrogatoire de ces malades, avant tout, révèle qu'elles sont très bien réglées, sans aucun passé génital, mais, depuis quelque temps, présentent :

- des signes fonctionnels :

Phénomènes de pesanteur, sensation de fatigue, gêne respiratoire.

- des signes physiques :

à l'inspection, on est parfois frappé, par le volume du ventre, comparable à celui d'une femme enceinte près du terme. La palpation révèle une tumeur qui remplit le petit bassin, de consistance élastique et régulière.

Le toucher vaginal combiné au palper : montre qu'il s'agit d'une masse :

- élastique,
- régulière,
- latéro-utérine,
- indépendante de l'utérus avec l'existence d'un sillon qui les sépare,
- l'utérus dévié du côté opposé à la tumeur.

II. - LES FIBROMES JUXTA-PERITONEAUX :

Au début, ils sont insidieux et discrets, et la période d'état est soupçonnée par :

- des signes fonctionnels :

gêne à la marche, parfois tension douloureuse dans l'hypogastre.

- des signes physiques :

l'inspection et la palpation ne montrent rien de spécial, si parfois, un empatement droit ou gauche dans l'espace de Bogross. Le toucher vaginal est le plus souvent négatif, à cause de la situation juxta-péritonéale de la masse, toutefois, on confondra avec les autres masses para-

utérines que nous citerons dans le chapitre du diagnostic différentiel.

- Période de complications :

C'est à cette période que le diagnostic sera un peu plus aisé, en éliminant les autres tumeurs pelviennes. Cette période de complications est marquée par :

- des phénomènes de compression :

l'accroissement du fibrome peut comprimer les organes siégeant dans le petit bassin, en particulier, l'uretère et les vaisseaux iliaques externes et le nerf obturateur.

- des adhérences :

Ce phénomène d'adhérence est une constatation clinique très courante, lorsque le fibrome atteint un certain volume, il peut adhérer aux organes voisins : la vessie, l'intestin, coecum ou appendice, aux annexes et aux vaisseaux iliaques externes. C'est ainsi, que HASELHORST apporte le cas d'un fibrome de la grosseur d'une tête foetale, développé en grande partie dans la cavité de Rétzius. Une autre observation apportée par BOHLER, montrant que l'adhérence était tellement importante que l'auteur a été obligé de faire une ablation incomplète. En effet, il s'agissait d'une tumeur sous-péritonéale, très adhérente au fond du petit bassin et aux vaisseaux iliaques externes ; on peut citer également l'observation apportée par DURAND, qui trouve une tumeur de la grosseur d'une tête foetale, sous-péritonéale, très adhérente au fond du petit bassin, tant à la paroi antérieure qu'à l'intestin et dont l'extirpation fut des plus difficiles.

Dans le même ordre d'idée GRYNFLELT et ESTOR découvrirent un volumineux fibrome du ligament rond inclus dans le ligament large adhérent de tous côtés.

Nous pouvons encore citer WALTHER, MAYO et SHUNKE, apportant le cas d'une tumeur juxta-péritonéale comprimant le ligament large, adhérente au coecum et à l'appendice.

Enfin, TAUSSIG trouva une masse du volume d'un poing d'adulte, sous-péritonéale, adhérente à la paroi abdominale, aux annexes et à l'iléon ; les adhérences étaient tellement étendues et serrées qu'il dû abandonner un fragment de la tumeur.

III. - LES FIBROMES INGUINAUX :

La localisation inguinale est la plus fréquemment rencontrée, 58 cas en avaient été publiés en 1942 contre 14 cas de fibromes à localisation pelvienne et dans certaines statistiques 60 à 65 % de tumeurs du ligament rond, sont des fibromes siégeant aussi bien à droite qu'à gauche, unilatéraux ou bilatéraux, parfois multiples, ils sont exceptionnellement bi-latéraux et les cas de bilatéralité rapportés par WINCKET et AMANN sont des raretés.

Nous envisagerons, une période de symptomatologie simple, et une période de symptomatologie avec complications.

A. - Période de symptomatologie simple, sans complications ou adhérences :

- A l'inspection :

En comparant avec le côté opposé, on trouve une certaine tuméfaction de la grosseur d'un oeuf de poule et même plus, et de la couleur des téguments.

- A la palpation :

On trouve une masse perceptible dans la région inguinale, augmentant de volume de façon très lente, ces fi-

bromes peuvent rester à l'intérieur du canal inguinal et le distendre, soit faire issue par un des orifices, à savoir, qu'au niveau de l'orifice profond du canal inguinal, ces fibromes sont rares, car l'orifice se laisse facilement dilater et le fibrome devient alors sous-péritonéal. La tumeur intra-inguinale vraie est très fréquente : c'est une tuméfaction

- oblongue,
- allongée,
- sans modification concomittente,
- dure,
- ovoïde,
- régulière,
- de la grosseur d'un oeuf de poule.

B. - Période de symptomatologie avec complications :

1°) Douleurs :

A cette période, on peut voir certaines tumeurs douloureuses et irréductibles dans la région inguinale, simulant la hernie inguinale incarcerated, c'est ainsi le cas apporté par GUIDONI et OLIVIER (voir l'observation emprunté dans le chapitre des Observations).

2°) Adhérences :

La notion d'adhérence de la tumeur bénigne à la paroi du canal inguinal a été peu signalée dans les ouvrages consacrés aux tumeurs du ligament rond. On rencontre des adhérences plus fréquemment qu'on pouvait l'imaginer, malgré la bénignité de la tumeur. C'est ainsi que CULLEN, en cite un cas où la tumeur bilobée était intimement adhérente aux muscles de la paroi et HORYNE apporte le cas d'une tumeur adhérente aux faisceaux musculaires voisins dont l'orifice interne ne peut être identifié de façon précise, en raison d'adhérences intimes.

Mais, dans ces deux observations, les auteurs ne précisent pas exactement la nature anatomo-pathologique exacte de ces tumeurs.

S'agit-il d'une tumeur bénigne ou maligne ? Nous ne savons pas exactement leur nature. Mais, par contre, dans notre observation personnelle, dont la pièce opératoire a été examinée par le Professeur DELARUE, avec le diagnostic du fibrome pur, nous a montré qu'il s'agissait d'un ensemble allongé, immobile, à contours très mal limités, en quelque sorte fondue dans le canal et surtout ayant un caractère majeur : l'ADHÉRENCE aux parois du canal inguinal, à tel point que nous étions obligés d'exciser les parois, à savoir : aponévrose du grand oblique, tendon conjoint, petit oblique, arcade crurale en bas. La libération des vaisseaux fémoraux a été en particulier très difficile.

3°) Etranglement de la tumeur par l'orifice inguinal interne

Cette éventualité a été rencontrée chez une malade présentant une tuméfaction au-dessus de l'épine iliaque anté-
ro-supérieure (DEMJANOVITCH) l'auteur pense qu'il s'agit d'une tumeur sous-péritonéale ayant pénétré dans l'orifice inguinal secondairement.

D'après MADILHAC cette opinion est difficilement admissible car, une tumeur sous-péritonéale a dans le petit bassin la place nécessaire pour son développement, et que d'autre part, quand des tractions s'exercent sur le ligament rond, elles viennent de son origine ; elles ne pourraient donc attirer la tumeur que vers le haut.

4°) L'augmentation de volume du fibrome :

En effet, la tumeur en augmentant de volume a tendance à faire issue à travers l'orifice externe, elle le

dilate et adhère à sa périphérie. LESCENE apporte l'observation d'un fibrome buttant contre l'orifice externe sans le dépasser et clivant les muscles de la paroi et se développant entre eux, ce qui est d'ailleurs le cas de notre observation personnelle. MADILHAC et BEGLIN ont trouvé une tumeur fibreuse, dure, qui n'avait pas franchi l'orifice externe, cependant dilaté, et s'était développée en bas et en avant, devenant en partie rétro-pubienne.

Les fibromes siégeant au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, lorsqu'il atteint un certain volume entraînent une déformation de la partie supérieure de la grande lèvre, et d'inguinaux deviennent inguino-labiaux. BARBET apporte un cas très semblable à une hernie inguino-scrotale de l'homme chez une femme. C'est ainsi, également, le cas de De VINCENTIS : pour enlever une tumeur semblable, fut obligé d'agrandir son incision sur la grande lèvre.

Les fibromes siégeant au niveau de l'orifice externe ont les caractéristiques des tumeurs de l'aine. Les uns sont très mobiles, les autres peuvent adhérer aux plans profonds, parfois, d'après MADILHAC ils peuvent adhérer en la capitonnant, ressemblant à une tumeur maligne, mais ceci se voit surtout dans les adéno-fibromes, qui ne font pas partie de notre étude.

Enfin, les fibromes peuvent coexister avec d'autres tumeurs de l'aine, telle qu'une épiplocèle ou un kyste du canal de Nück.

IV. - LES FIBROMES DE LA GRANDE LEVRE :

Ces fibromes ne sont que des tumeurs inguinales dont le poids et le volume ont entraîné leur migration vers la grande lèvre, tel est le cas de CRAIG, tumeur de 14 Kg., reliée à la partie inférieure de l'abdomen pendant par un long pédicule jusqu'au genou. Tel le cas de TAUSSIG, tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant descendant le long de la cuisse. Enfin, le cas de MAYO et SHUNKE : tumeur de 18 cm. de diamètre, à large pédicule, pendant au-dessous de la symphyse pubienne, tumeur qui, 4 ans auparavant, avait le volume d'un petit citron et siégeait au niveau de l'orifice inguinal.

Cliniquement, ce sont des tumeurs fibromateuses oblongues, de consistance ferme, peu mobiles, par rapport au plan profond, distendant la peau de la région, mais soulevant la grande lèvre seule, et n'entraînant pas de modification au niveau du pli sympho-labial.

V. - LES FIBROMES POSSIBLES AU NIVEAU DU LIGAMENT ROND, INCLUS DANS LA PAROI INTERIEURE DE L'ABDOMEN, APRES HYSTEROPEXIE, SELON LE PROCEDE DE DOLERIS :

Ces cas sont très rares, toutefois, ROSE apporte le cas de fibromes se présentant comme "une masse de la taille d'un poing fermé qui, par pression vers le haut avait clivé le muscle oblique externe, en repoussant vers la droite la couche aponévrotique et la graisse".

HASELHORST rapporte, également, le cas d'un adénofibrome du volume d'une cerise.

*

* *

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des fibromes du ligament rond varie beaucoup suivant la localisation de ces tumeurs.

Nous envisagerons successivement les fibromes à localisation intra-pelvienne, ceux à localisation juxta-péritonéale, ceux à localisation inguinale et enfin, les fibromes de la grande lèvre.

I. - LES FIBROMES À LOCALISATION INTRA-PELVIENNE :

C'est avant tout un diagnostic de situation précise et en outre, il faut y penser. Il n'est pas logique d'avoir l'attention attirée sur des lésions aussi peu fréquentes, il est facile de comprendre que l'on ne puisse faire un diagnostic des fibromes du ligament rond avant l'intervention, si tous les symptômes classiques ci-dessus exposés n'existent pas en totalité.

Le plus souvent, le diagnostic porté sera celui, de

- Fibrome utérin, et tout particulièrement le fibrome de la corne utérine ;

- Le kyste de l'ovaire que l'on peut éliminer par la notion des signes de Küster (le fait qu'une tumeur du ligament rond déplace l'utérus en arrière et en bas, alors qu'une tumeur ovarienne repousse l'utérus en avant), et de KLEIN-WACHTER (tiraillement inguinal lorsqu'on déplace la tumeur au toucher vaginal) ; ainsi que par l'hystérographie.

Bien souvent, la difficulté du diagnostic s'accroît par le fait même que la tumeur peut être adhérente à l'utérus.

ou aux annexes. Elle se mobilise avec les organes, et dans ce cas le toucher vaginal qui peut être douloureux, peut entraîner un diagnostic plutôt de lésions tubo-ovariennes. Par ailleurs, il faut savoir que les fibromes du ligament rond peuvent coexister avec une série d'affections gynécologiques : kyste de l'ovaire, fibrome utérin, salpingite, etc... ; ce qui contribue encore à dérouter le clinicien. Il faut dire que l'on peut tout de même avoir des notions de troubles hormonaux, soit des notions d'infections chroniques que peuvent déceler en particulier, les examens de laboratoire.

Ce qui permet ainsi de ne pas faire une confusion avec une salpingite, une ovarite scléro-kystique et même à son début, à une grossesse extra-utérine. Le plus souvent d'ailleurs, ce sont des diagnostics qui seront portés à la place de celui des fibromes du ligament rond.

Mais nous pouvons être amené plus rarement à différencier les tumeurs du ligament rond des autres tumeurs des annexes qui ne sont d'ailleurs que de diagnostic anatomo-pathologique et de laboratoire, à savoir :

- les tumeurs végétantes de l'ovaire,
- les tumeurs ovariennes endocrines,
 - les tumeurs de la granulosa,
 - les tumeurs de la Thèque,
 - les adénoblastomes.
- les tumeurs solides inactives de l'ovaire,
 - les fibromes ovariens,
 - la tumeur de Brenner,
 - les embryomes solides.
- les tumeurs malignes de l'ovaire à leur début :
 - les tumeurs primitives :
 - le séminome,
 - épithélioma Wolffien,

- les sarcomes,
- les épithéliomas pavimentaux,
- les hypernéphroses
- les tumeurs secondaires :
 - les tumeurs mixtes dégénérées,
 - les tumeurs métastatiques.
- les tumeurs bénignes et malignes de la trompe
- les endométriomes seront éliminés par l'augmentation de leur volume pendant les règles ainsi qu'à l'examen de Laboratoire et Anatomo-pathologique, et leur caractère douloureux à la période menstruelle.

II. - LES FIBROMES JUXTA-PERITONEAUX :

Le diagnostic différentiel de cette localisation est très difficile d'autant plus qu'on peut voir certains fibromes en augmentant de volume écarter et soulever les deux feuillets du ligament large, ce qui donnera tous les signes cliniques d'une tumeur enclavée dans le ligament large.

On peut faire, également, des erreurs dans cette localisation aussi bien avec le fibrome utérin, le kyste de l'ovaire, tout comme avec les tumeurs de l'ovaire, les ovariites scléro-kystiques, les tumeurs rétro-péritonéales et même, avec un rein ectopique ou l'abcès de la gaine du psoas. Plus rarement, nous serons amené à discuter le cas d'un kyste hydatique du petit bassin, comme il a été rapporté dans une observation.

III. - LES FIBROMES DE LA REGION INGUINALE :

Le diagnostic de la situation au niveau du canal et dans le canal permettra d'éliminer tout d'abord tout ce qui se trouve en dehors du canal :

- Les tumeurs de la paroi : soit,
 - lipomes,
 - myomes,
 - sarcomes,
 - voire même les gangliens voisins, ainsi que des lésions portant sur le canal crural et particulièrement de la hernie de cette zone. Tous sont en dehors de la région inguinale.

Mais lorsque le diagnostic de la région inguinale sera porté, quels sont les différents diagnostics que l'on pourra différencier des tumeurs du ligament rond.

Avant tout, les tumeurs les plus fréquentes, auxquelles on pense tout d'abord, ce sont :

- Les hernies simples, surtout avec une épiplocèle adhérente,
- Le kyste du canal de Nück.

Pour ces dernières, jouent les notions de douleur dans la hernie, d'adhérences plus marquées dans le fibrome du ligament rond, de rénitance avec fluctuation dans le kyste du canal de Nück.

- La hernie étranglée : la toux et les efforts n'ont aucune influence sur le fibrome, et la douleur n'est pas particulièrement aussi nette que dans la hernie étranglée.

Par ailleurs, il existe un état général altéré : vomissements, ballonnement abdominal, arrêt temporaire des matières et des gazs et surtout une douleur précise au niveau du collet de l'étranglement.

- Les hernies compliquées (contenant l'ovaire ou l'épiploon) sont de diagnostics difficiles, ils seront faits par un caractère, en particulier, plus douloureux.

En cas de hernie de l'ovaire, l'augmentation de

volume à la période menstruelle est assez caractéristique ainsi que la douleur pré-menstruelle. Mais on sait, d'autre part, que le fibrome du ligament rond peut être parfois, un peu douloureux au moment de la période menstruelle.

- La hernie irréductible (contenant de la vessie)

Elle sera éliminée par son caractère douloureux et les troubles urinaires discrets qui l'entourent.

Il existe deux autres lésions vraiment exceptionnelles qui sont :

- Les varicocèles et l'anévrisme : ils ont des caractères d'irréductibilité voire même pulsatilité, qui ne permettent pas de porter le diagnostic de fibrome du ligament rond.

- lipome pré-herniaire

- tumeur fibreuse aponévrotique

- enchondrome

par contre, ces trois derniers peuvent ressembler davantage à un fibrome du ligament rond.

IV. - LES FIBROMES DE LA GRANDE LEVRE :

Les kystes séreux superficiels et profonds, ainsi que le kyste de la grande de Bartholin, sont très facilement reconnus grâce à leur caractère rénitent et renfermant un liquide.

*
* *

P R O N O S T I C

Le pronostic des fibromes du ligament rond est presque toujours bénin, car la seule complication grave est la dégénérescence à longue échéance, mais elle est exceptionnellement rare. Elle n'existe plus après l'ablation chirurgicale large et les récidives sont en général exceptionnelles.

Mais dans les cas de fibromes compliqués d'adhérences, ce qui est d'ailleurs le cas de notre observation personnelle, on ne peut pas, à coup sûr, exclure la possibilité de récurrence ultérieure, en dépit de l'absence de malignité foncière de la tumeur.

Ces tumeurs, bien que situées sur le trajet du ligament rond suspenseur de l'utérus, n'entraînent pas du tout de perturbations dans la statistique de l'utérus, ni de troubles fonctionnels génitaux, aussi bien avant qu'après l'ablation chirurgicale. C'est le cas de notre malade opérée le 3 Octobre 1959 et aujourd'hui se trouvant enceinte de trois mois.

*
* *

T H E R A P E U T I Q U E

Précisons d'emblée que la seule thérapeutique des fibromes du ligament rond est l'exérèse.

Elle variera suivant les différentes formes.

A. - En ce qui concerne les fibromes du ligament rond intra-abdominaux

La voie médiane sus-pubienne, classique, suffit à elle seule pour les intra-abdominaux qui réclament l'ablation large. Elle peut être élargie suivant l'importance du développement de la tumeur.

B. - La voie latérale oblique au-dessus du canal pour les formes juxta-pariétales est peut être préférable, bien que beaucoup aient été abordés aisément par la voie abdominale médiane.

C. - En ce qui concerne les tumeurs du ligament rond inguinales, c'est la classique incision de la hernie inguinale tirée du milieu de l'orifice externe à un point situé à deux doigts en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et agrandie suivant les besoins.

EXERESE :

Deux conditions à remplir : être large et tenir compte du processus adhérentiel, sur lequel il ne semble pas que les publications aient suffisamment insisté.

Assez souvent, une partie du grand oblique en haut et du petit oblique, voire du transverse en arrière et bandelette iléo-pubienne en bas, doivent être excisées en masse avec la tumeur.

Il peut y avoir surtout en ce qui concerne les parties inférieures de la tumeur de réelles difficultés pour passer nettement au-delà des lésions, ce fait n'a pas été signalé à notre connaissance. Or, dans le cas qui a été opéré à Niort, et qui a suscité le désir de faire ce travail, le Chirurgien a été conduit à cliver de très près les vaisseaux iliaques et fémoraux, en enlevant toute la bandelette fibreuse adhérant très intensément au fascia péri-vasculaire avec englobement du fascia de l'épigastrique.

La section du ligament rond étant faite avec l'ablation de la tumeur, il convient d'aborder la réparation de la paroi.

LA REPARATION :

C'est la réparation de la brèche qui sera souvent la partie la plus difficile puisqu'il manque souvent une partie aponévrotique et musculaire sur lesquelles on compte habituellement pour la préparation de cette région.

On sera obligé de rapprocher :

- transverse avec le ligament de Cooper en dedans et des vaisseaux, et faire si possible des fibres restant avec le fascia pré-vasculaire comme le conseille FRUCHAUD pour la cure des hernies.

- bandelette iléo-pubienne et même abdomino-fémorale avec grand oblique en dehors des vaisseaux, en faisant un ou deux plans.

En outre, la partie proximale du ligament rond restant devra être fixée à la partie haute musculaire de l'incision et sous l'aponévrose pour maintenir l'utérus et éviter la latéro-traction du col.

*

* *

OBSERVATION PERSONNELLE

Mme REN..., 32 ans, sans profession, entre dans le Service le 2 Octobre 1959, pour une tuméfaction douloureuse inguinale gauche.

Antécédents personnels, familiaux, collatéraux : négatifs.

Réglée à l'âge de 11 ans et depuis régulièrement tous les 26 jours, la période de règles durant 6 jours.

Mariée à 24 ans, 4 enfants : 6 ans $\frac{1}{2}$, 5 ans , 2 ans $\frac{1}{2}$, le dernier 1 an.

Après son mariage, a présenté quelques pertes blanches attribuées à une métrite, nécessitant quelques électrocoagulations du col utérin.

Au début de sa dernière grossesse, la malade a ressenti une douleur dans l'aîne gauche, qu'un gynécologue a attribué à une ovarite gauche.

Dans les 4 premiers mois de sa grossesse, en plus de sa douleur, elle présentait une gêne fonctionnelle à la marche.

Dans les 6 premiers mois n'est apparue aucune tuméfaction de sorte que le gynécologue n'a rien constaté à l'examen prénatal du 6ème mois.

Mais le 8ème mois, la malade a ressenti une douleur dans l'aîne gauche, avec gêne fonctionnelle à la marche, en même temps qu'elle a vu apparaître une masse dans la région inguinale gauche; augmentant de volume. L'accouchement a été normal.

De plus en plus, la malade fut gênée pour marcher.

6 mois après son accouchement, la malade entre dans notre Service. Elle présentait une tumeur se trouvant dans la région du canal inguinal. Il s'agissait d'un ensemble allongé, immobile, à contours très mal limités, très adhérente aux plans profonds, en quelque sorte fondue dans le canal, tout à fait, pariétale et superficielle, bloquée par contraction abdominale, cette tumeur ne présente aucune impulsion à la toux, irréductible, douloureuse, ni aux efforts et n'augmentant pas de volume pendant les règles. Le toucher vaginal ne montre aucune anomalie du point de vue génital. Compte tenu de la dureté de la masse, on conclua qu'il ne s'agissait pas d'une hernie.

D'autre part, la malade a été vue par son médecin. Une ponction faite à ce niveau n'avait rien révélé de particulièrement net. Devant ces signes : tuméfaction dure, douloureuse, adhérente, siégeant dans le trajet du canal inguinal, ayant augmenté de volume lentement, ne présentant ni impulsion à la toux, ni pédicule d'implantation, on pensa à la possibilité d'une tumeur du ligament rond (forme inguinale), soit à un myome de la paroi sans préjuger alors de la nature anatomo-pathologique de cette tumeur.

A l'examen systématique des autres appareils (circulatoire, respiratoire, nerveux, urinaire), tout est négatif. Pas d'adénopathie. Le foie et la rate sont normaux. L'état général de la malade, par ailleurs est très bon : l'appareil digestif est normal. Pouls régulier et bien frappé à 85, T.A. 13/9 au Vasquez. La malade n'a jamais maigri.

L'intervention fut pratiquée le 3 Octobre 1959, sous anesthésie générale : incision étendue de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure. On trouve tout de suite

cette masse, qui soulève le grand oblique. On essaie d'inciser le grand oblique, mais elle est collée à lui, puis, on entame le grand oblique à une certaine distance d'elle. On tombe ainsi sur le petit oblique et le transverse qui eux-mêmes sont englobés. On est obligé d'arriver jusqu'au grand droit, qui lui-même, à son bord externe fait corps avec la masse. On le sectionne. A ce moment-là, on est gêné par les vaisseaux épigastriques, eux-mêmes englobés dans la face postérieure de la tumeur. On est obligé de les sectionner et de les lier. On se reporte vers l'extrémité supérieure qui s'étend jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. On sectionne l'ensemble musculo-aponévrotique. Puis on redescend du côté externe et en bas, en laissant en quelque sorte un centimètre au bord de l'arcade crurale.

On est conduit par la face postérieure, sur les vaisseaux fémoraux très adhérents. Le clivage est difficile l'artère iliaque est dénudée sur 2 cm. On est obligé de faire quelques ligatures des collatérales à ce niveau, à l'apex externe de la masse ovoïde existe un cordon du volume d'un petit crayon. Il s'agit du ligament rond qui a l'air de sortir de la masse, on le sectionne.

Le péritoine est d'ailleurs ouvert à ce niveau, on le referme, on descend ainsi la libération de la masse jusqu'à l'extrémité inférieure du canal inguinal au ras du pubis. Il reste donc une grosse brèche que l'on traitera au point de vue oblitération, en rapprochant le grand droit de l'arcade par des catguts chromés (en rapprochant l'aponévrose du transverse du fascia profond dans la partie externe).

L'Examen biopsique pratiqué, le 20 Novembre 1959,
par le Professeur DELARUE, a donné les renseignements suivants :

" Cette pièce opératoire comprend, avec des lobules
" adipeux, séparés par des travées aponévrotiques, un foyer
" tumoral assez nettement circonscrit. Celui-ci est consti-
" tué par des faisceaux fibroblastiques collagènes auxquels
" se mêlent des fibres musculaires lisses. La vascularisa-
" tion est assez abondante, cette structure répond tout à
" fait à l'aspect des fibro-myomes du ligament rond. Il faut
" reconnaître qu'il est assez singulier d'apprendre que cette
" tumeur enrobait le canal inguinal, ce qui n'est guère
" l'habitude en cas de fibromes du ligament rond. Pourtant,
" on n'observe aucun signe de tumeur maligne, rien d'autre
" part, ne vient évoquer l'idée d'une endométriose du liga-
" ment rond".

*

* *

Observation 1. -

Volumineux fibrome pédiculé intra-abdominal du ligament ro

Une femme noire de 30 ans, nullipare, vient consulter pour une volumineuse tumeur abdominale qui aurait évolué en un an, entraînant des phénomènes de pesanteur, de fatigue et de gêne respiratoire.

On est frappé par l'amaigrissement et par le volume du ventre, comparable à celui d'une femme enceinte près du terme.

Le palper révèle l'existence d'une tumeur qui remplit tout le ventre ; elle est rénitente et régulière ; il ne s'agit cependant pas d'un utérus gravide, car on ne sent pas de fœtus. D'ailleurs cette femme est régulièrement réglée. Le pôle supérieur de la tumeur est à 30 cm. au-dessus de la symphyse. Le toucher vaginal montre que cette masse est indépendante de l'utérus, qui est latéralement dévié du côté gauche.

Le diagnostic pré-opératoire est celui de volumineux kyste de l'ovaire droit. On prépare cette malade fatiguée par une cure de digitaline et des injections de sérum glucosé.

On intervient le 23 Juin 1945, sous anesthésie générale à l'éther, par laparotomie médiane remontant au-dessus de l'ombilic. La tumeur est solide et ressemble à un fibrome utérin. Elle adhère au grand épiploon qui la recouvre

en partie et à la paroi abdominale antérieure dont elle doit être séparée.

En l'extériorisant, on découvre qu'elle est reliée au ligament rond par un pédicule court, de la grosseur d'un pouce, et qui s'insère sur le ligament à 5 cm. de la corne utérine. Ce pédicule est sectionné et enfoui. On constate alors une dégénérescence kystique des ovaires.

Fermeture de la paroi en un plan aux fils de bronze.
Guérison.

L'examen de la pièce a montré qu'elle pesait 5.030 gr. De forme ovoïde, elle mesurait 26 cm. dans sa grande dimension, 22 cm. dans sa petite dimension. La circonférence passant par les pôles était de 69 cm., la circonférence équatoriale de 63 cm. A la coupe, elle s'est révélée homogène et comparable à un myome de l'utérus.

Observation 2. -

Tumeur fibro-kystique du ligament rond simulant la hernie inguinale incarcérée -

Femme noire de 35 ans, hospitalisée avec le diagnostic de "hernie inguinale gauche, irréductible depuis 4 jours". Elle présente en effet une tumeur dure, douloureuse et irréductible de la région inguinale gauche, qui descend jusque dans la grande lèvre et qui se prolonge vers le haut dans le canal inguinal.

Mais le diagnostic de hernie étranglée ne peut être retenu car il n'y a aucun signe d'occlusion ni d'altération de l'état général.

L'interrogatoire serré apprend que la tumeur évolue depuis 3 mois. Réductible au début, elle s'est peu à peu extériorisée en grossissant pour devenir bientôt irréductible.

En l'absence d'un diagnostic satisfaisant, et bien que l'idée d'un étranglement herniaire soit éliminé pour les raisons que nous avons dites, on préfère intervenir rapidement sous rachianesthésie, le 24 Juin 1944. L'incision inguinale gauche permet d'isoler une tumeur bosselée, irrégulière entourée d'une gangue inflammatoire, et présentant un rétrécissement en forme de collet au niveau du canal inguinal. La tumeur se prolonge au-delà de l'orifice inguinal interne. L'incision herniaire étant agrandie vers le haut, on poursuit la tumeur jusqu'à son pôle supérieur, et l'on ouvre le péritoine. On constate qu'elle se prolonge dans le ventre par le ligament rond de l'utérus, qui est sectionné et lié.

Réfection de la paroi. Suites normales.

La pièce pesait 155 gr. Elle avait la forme d'une petite haltère, elle mesurait 12 cm. de long sur 6 cm. de large. De consistance dure, elle s'est révélée à la coupe être formée de tissu fibreux blanc nacré, parsemé de petits kystes à contenu liquide et clair. L'examen du liquide kystique au microscope a révélé la prédominance de polynucléaires et l'absence de germes.

L'examen histologique du Pr. MONTPELLIER a montré :
"du tissu conjonctif en réaction avec formation kystique".

*
* *

OBSERVATIONS EMPRUNTEES à la THESE de GAUDEAU

Observation 1. -

La malade âgée de 34 ans, cultivatrice, entre dans le Service pour une tuméfaction apparue à la région inguinale droite et gêne fonctionnelle de la marche.

La malade racontait que, depuis quelques mois, elle avait une sensation de pesanteur à la racine de la cuisse droite, s'accompagnant de douleur sourde dans la région inguinale droite, après de lourds travaux, douleur sans irradiation, à localisation vague, calmée par le repos et la station allongée.

Les antécédants personnels, héréditaires et collatéraux de cette malade sont négatifs. Le passé génital de la malade est normal.

La malade avait remarqué, cependant, qu'au niveau de sa grande lèvre droite, une tuméfaction ovoïde, oblongue, même "en fuseau" avait augmenté progressivement, lentement et insidieusement depuis plusieurs mois.

Elle n'y prêta pas attention au début, mais une gêne à la marche et une pesanteur inguinale amenèrent la malade dans le Service.

A l'examen, la malade couchée, on découvre une tuméfaction oblongue, allongée, sans modification concomitante, de la couleur des téguments, occupant toute la région de la grande lèvre droite qui surplombe ainsi soulevée par la tuméfaction la grande lèvre gauche.

La palpation précise qu'il s'agit là d'une tumeur dure, ovoïde, de la grosseur d'un oeuf de poule, située

dans le trajet du canal inguinal et tout à fait pariétale et superficielle.

La tumeur est de consistance dure, rénitente, mobile sur les plans superficiels, non adhérente aux plans profonds et, fait important, à contours bien limités et sous aucun pédicule la rattachant aux plans profonds.

De plus, cette tumeur ne présente aucune impulsion à la toux, est irréductible, non douloureuse.

Elle s'accompagne d'une légère augmentation de volume des ganglions inguinaux externes.

Le toucher vaginal ne dénote aucune anomalie du point de vue génital.

L'examen systématique des autres appareils (circulatoire, respiratoire, nerveux) se révèle négatif. Le foie et la rate sont normaux.

L'état général de la malade est relativement bien conservé : pas d'anorexie, pas d'inappétence ; la fonction digestive est normale, les urines normales en qualité et en quantité, le pouls régulier est bien frappé à 84, la tension 14-8 au Vaquez. La malade n'a point constaté d'amaigrissement et son poids est resté stationnaire.

En présence de ces signes, tuméfaction dure avec réaction légère ganglionnaire inguinale droite, ayant augmenté lentement de volume, ne présentant ni impulsion à la toux, ni pédicule d'implantation, nous concluons, étant donné par surcroît la situation dans le trajet du canal inguinal où cheminent les faisceaux du ligament rond, nous concluons donc à un fibrome du ligament rond (forme pariétale), sans préjuger de la nature histologique de cette tumeur.

L'intervention pratiquée nous met en présence d'une tumeur de la grosseur d'un oeuf de poule sans adhérence faisant partie du ligament rond, mais facilement extirpable des éléments du canal inguinal. Le protocole opératoire est simple. Après dissociation des éléments du canal inguinal, fermeture sans drainage.

Microscopiquement et à la coupe au bistouri, cette tumeur rappelle en tout point l'aspect d'un fibro-myome de l'utérus.

L'examen anatomo-pathologique nous donne les renseignements suivants :

"La tumeur examinée donne sur coupes l'aspect d'un
" fibro-myome caractérisé par un stroma conjonctif fibril-
" laire avec zones d'oedème et de cellules étoilées. On note
" des formations d'aspect kystique encapsulées par une zone
" de condensation conjonctive, sans organisation cellulaire.
" Le contenu est formé d'une substance anhiste et éosino-
" phile. Il n'existe pas d'atypies cellulaires pouvant faire
" penser à une tumeur maligne".

Observation 2. -

Mme Le C..., 38 ans, entre dans le Service pour une tuméfaction qu'elle présente dans la région inguinale droite.

Cette tuméfaction est apparue il y a une dizaine d'années, insidieusement, elle s'est développée sans entraîner de gros troubles fonctionnels, sinon une certaine gêne à la marche. Ce n'est qu'à cause du volume de cette tuméfaction que la malade s'est décidée à rentrer dans le Service de Chirurgie.

Les antécédents personnels et héréditaires ne révèlent rien de particulièrement intéressant.

A l'examen, on découvre une tuméfaction de la région inguinale droite, celle-ci est indolore et jusqu'à ces jours derniers elle disparaissait dans le canal inguinal quand Mme Le C... était couchée.

A l'examen objectif, on voit à l'orifice inguinal superficiel une grosseur du volume d'un oeuf de poule. Cette grosseur apparaît lisse et sans altération de la peau, elle est uniformément dure et résistante aux doigts. Elle ne présente aucune adhérence avec les tissus voisins ; elle n'est pas réductible dans la cavité abdominale et, fait important, elle ne présente aucun pédicule la rattachant à l'abdomen.

Il ne s'agit donc pas d'une hernie même irréductible : on porte le diagnostic de fibrome du ligament rond, et on décide d'intervenir pour enlever cette tumeur.

Opération :

Incision le long du trajet inguinal. Ablation d'une tumeur dure développée aux dépens du ligament rond qui est sectionné. La tumeur ne présentait aucune adhérence.

Les suites opératoires ont été simples, et le 12ème jour la malade, guérie, quittait l'hôpital.

Examen anatomo-pathologique :

La tumeur donne sur coupes l'aspect d'un fibrome oedémateux simple sans dégénérescence, ni atypies cellulaires.

C O N C L U S I O N S

* * *

Les fibromes du ligament rond sont des tumeurs bénignes qui doivent être dissociées des autres tumeurs que l'on peut observer à ce niveau et tout particulièrement des endométriomes et des tumeurs malignes.

A. - Leur fréquence est relativement faible, mais ils ne sont pas exceptionnels. Ils s'observent à tous les âges, mais principalement entre 30 et 40 ans.

B. - Histologiquement, ce sont des tumeurs bénignes à croissance expansive dues à la prolifération autonome de fibroblastes et à la production par eux d'abondantes fibres collagènes.

Les noyaux de cellules conjonctives et la structure histologique de ces tumeurs ont un aspect rassurant malgré l'envahissement anatomique local qu'elles peuvent réaliser.

C. - Anatomiquement, ils peuvent présenter toutes les dimensions depuis le volume d'une cerise jusqu'à celui d'une masse très importante : tête d'enfant. Ils siègent aussi bien à droite qu'à gauche.

D. - Leur évolution et leur pronostic sont fonction de la notion de bénignité qui est à leur base, mais également aussi de tendances adhérentielles qui jouent un rôle important en particulier dans la forme clinique inguinale par suite de la fusion intime entre la surface des tumeurs et les parois du canal.

Leur évolution est lente. Leur malignité est d'une extrême rareté. Les complications exceptionnelles ne découlent que de deux éléments : gros volume et adhérences.

E. - La symptomatologie est fonction des quatre situations possibles :

- intra-abdominale,
- sous-pariétale et extra-péritonéale,
- inguinale,
- pubienne,

et leur volume.

La lenteur de leur évolution étant la règle dans les premiers temps de leur développement, surtout en ce qui concerne les formes intra-péritonéales, leur implique une allure symptomatologique très estompée et particulièrement insidieuse.

Seule une douleur sourde et une gêne peuvent la révéler. La sensibilité peut être accrue au moment des règles.

Le toucher vaginal, pour les tumeurs pelviennes, combiné au palper, permet seul de les déceler.

L'inspection et la palpation permettront de le faire beaucoup plus aisément pour les tumeurs inguinales ou pré-pubiennes sans pour autant pouvoir préciser à coup sûr leur nature anatomique qui reste le plus souvent une découverte anatomo-pathologique.

F. - Le diagnostic différentiel des formes intra-abdominales est en règle générale impossible et ne peut se poser qu'avec celui des tumeurs pelviennes chroniques.

Celui des formes inguinales est plus simple. Il se pose avec les tumeurs de voisinage d'une part, et les masses du canal inguinal d'autre part, soit les hernies avec leurs différentes formes cliniques, en majorité les épiplocèles adhérentes, soit les kystes du canal de Nück.

G. - La thérapeutique est l'exérèse systématique, soit par voie intra-abdominale, soit par voie inguinale, pour les autres. Le problème thérapeutique vise à une exérèse complète rendue difficile par les adhérences ou la fusion avec les organes voisins, tout particulièrement les vaisseaux et pouvant en cas de volume important conduire à des sacrifices sérieux des plans musculo-aponévrotiques.

H. - La réparation aisée dans les cas de tumeurs pelviennes, est difficile dans les cas de localisation inguinale qui réclament un rapprochement souvent délicat des éléments solides voisins pour combler une brèche importante. On peut être amené à faire même une réparation par greffe (cutanée ou plastique).

Vu : le Président de Thèse,

Vu : le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris,

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

B I B L I O G R A P H I E

- AMAN Jean. - (F.) - Fibromyome du ligament rond, Ann. d'Anathomo-pathologie Avril 1930.
- ADAME M.D. - Tumeur géante du ligament rond - Acta ginec., 1952, 3, n° 6, 519-532, 11 fig., (Bibliogr.)
- ANANIOUF I.M. - Une tumeur gigantesque du ligament rond - Akoucher-stvo Guinek., 1955, n° 3, 63.
- ARENAS. - Fibrome du ligament rond - Prensa Argentina n° 4, 25 Janvier 1933.
- BARBET (V.). - Tumeur du ligament rond, Paris Cli. 20, 62, Mars - Avril 1928.
- BHEHANT. - Volumineux fibromyome du ligament rond droit, Presse Médicale, 3 Octobre 1942.
- BERNSTINE J.B. - BRECKINRIDGE R.L. - Sarcome du ligament rond Am. J. Obst. Gyn. Juin 1952, 63, n° 6, 1367-1370, 3 fig. (Bibliographie).
- BROHL - MONATES. - Geb. und Gyn. Février 1902.
- CASTALLO A. et GILETTO J. - Kyste primaire du ligament rond - Am. J. Surg. Mars 1947, LXXIII, n° 3, 320-325, 10 fig. (Bibliogr.).
- CARVALHO (de). - Endométriose kystique du ligament rond - An. Paulistas de Méd. Y Ci, Vol. 50, n° 2, Août 1945.
- CLAISSE. - Ann. de Gyn., 1900, p. 306.
- CONSTANTINESCU et ABU. - Sarcome primitif du ligament rond - Gyn. si Obst. t. II, n° 7, 8, Oct. Déc. 1936.
- CULEN Johs. - Hopkins Hosp. Bull. Mai et Juin 1896 et 1898.
- CORDIER. - Embryologie des organes génitaux. E.M.C. - Gynécologie - 110 A 10, p. 5.
- CORDIER & ROY Camille. - Anatomie et histologie. Encyclopédie médico-chirurgie gynécologie 10 A 10 p. 9.
- DELBET & HERESCO. - Rev. de Chirurgie, 1896, p. 607.

- DUBREUIL. - Malformations congénitales. E.H.C. Gynécologie Embryologie des organes génitaux 110 A 10 p.
- DUPLAY. - Contribution à l'étude des tumeurs du ligament rond - Arch. Gyn. de Méd., Mars 1882, p. 257.
- DUYZINGS. - Myome du ligament rond de l'utérus - Nederl. Tijds. Voor, cen., an. 86, n° 6,7, Févr. 1942
- EMANUEL. - Zeitsch F. Geb. und Gyn., 1902.
- ENGEL.G. - Les tumeurs du ligament rond de l'utérus - Zbl. Gyn., 1951, 73, n° 21, 1669-1676 (Biblio)
- FABRICIUS. - Un cas de myome du ligament rond extra-abdominal. Nord Médecin, Vol. 29, n° 22, 31 Mai.
- FATYOL. - Deux cas de fibrome du ligament rond - Zeisch örv. Hetil 1937, n° 40.
- FATYOL. - Tumeur du ligament rond de taille extraordinaire compliquée de grossesse. Zentr. F. Gyn. an. 6 n° 45, 11 Nov. 1939.
- FRUCHAUD. - Anatomie chirurgicale des hernies de l'aine. Paris 1956 - Traitement chirurgical des hernies de l'aine (Paris 1956) - Reconstruction pariétale dans les opérations inguinales chez l'homme adulte (J. de ch. 1959, 78, 259).
- GALEY J.J. - Les fibromyomes de la portion intra-abdominale des ligaments ronds - Thèse Paris, 1939, n° 9 53 pages.
- GAUDEAU M. - Les tumeurs du ligament rond - Thèse Paris, 12 Juin 1944, N° 367, 27 pages.
- GOUTKINE K.A. et SAMSONOV W.A. - Tumeur mixte géante (fibromyome dans un cystome) du ligament rond de l'utérus - Akoucherstvo Guinek (Moscou) 1958, n° 4, 102-103, 2 fig.
- GUIDONI P. et OLIVIER G. - A propos des tumeurs du ligament rond de l'utérus - Rev. Franç. Gyn. Obst. Jul. Sept. 1948, 43, n° 7, 269-273, 5 fig. (Biblio)
- GUILLAUME-LOUIS P. - A propos des tumeurs du ligament rond - Gaz. Méd. France, Sept. 1944, n° 18, 229.

- GUINARD. - Tumeurs extra-péritonéales du ligament rond.
Rev. de Chirurgie, 1898, p. 663.
- HASENBLAG. - Zeitsch, f. Geb. und Gyn., t. 23.
- HOFMOKI. - Allgemeine Wien. med. Zeit., 1882, n° 44.
- HOLMES W.R. - Am. J. Obst. et Gyn. 46-97, 1943.
- KALENDAREFF A.A. - Un fibromyome du ligament rond de l'utérus - Akoucherstvo i guinekologuiia (russe)
1953, n° 4, 85.
- KARPENKO T.E. - Myome géant du ligament rond - Akoucherstov
i guinekologuiia, 1958, n° 5, 114-115.
- KAUFMANN. - . - Zeit f. Geb. und Gyn. t. 45, p.94
- KELLY. - Operative Gynaekologie.
- KERSCHNER et SHAPIRO. - KYstes séreux multiloculaires du
ligament rond simulant la hernie étranglée -
Ann. of Surgery, Vol. 117, n° 2, Févr. 1943.
- KLEFF (G.). - Ueber ein Fibromyome des lig. robindenn,
mitallge-meinen Erörterungen Über die Primä-
ren Tumoren dies ligaments Zentralbl. f.,
Gynäk., 63, 795, 797, 30 Mars 1929.
- KLEINWATCHER. - Zeits f. Geb. und Gyn., 1882, t. 8, p. 181.
- LABRY R. et de MOURGUES A. - Endométriole du ligament rond
simulant une épiplocèle - Bull. Féd. Soc.
Gyn. Obst., 1954, 6, n° 3, 299-300.
- LANGREDER W. - Le ligament rond, sa structure et son impor-
tance - Geburtsh. Frauenh, av. 1958, n° 4
(Congrès), 366-373, 13 fig.
- LECENE P. - Les diagnostics anatomo-cliniques. Gynécologie
t. III, p. 373.
- LEHMANN. - Fibromyomes à pédicule tordu du ligament rond.
Liepzig, An., 63, n° 45, 11 Nov. 1939.
- LEWIS. - Amer j. Of. Obst., Août 1903.
- MADIHAC P. - Les tumeurs du ligament rond de l'utérus -
Rev. Chir. Juil.-Août 1949, 68, n° 7-8,
223-240.

- MALUSCHEW D. - Varice intra-inguinales du ligament rond.
Gynaccologia, Mai 1952, 133, n° 5, 305-311,
2 fig.
- MASMONTEIL. - Fibrome du ligament rond. Sté. de Chi. de
Paris, 21 Avril 1944.
- MASSON J.C. and CARIKER M. - 1943 Proc. Internat. Assembly
of Interest Post-Grad. M. Ass. n, North Ame-
rica, Chicago, III, P.P. 209-215.
- MAYO C.W. et SCHUNKE G.B. - Léiomyomes du ligament rond -
Arch. Surg. Sept. 1940, 41, n° 3, 637-645.
- MECHALKINE I.N. - Les tumeurs du ligament rond de l'utérus
Akoucherstvo Ginek., 1954, n° 1, 67-68.
- NOVAK E. - Gynecological and Obstetrical Pathology, ed. 2,
Philadelphia, 1947, W.B. Saunders Company.
- PETIT (J.) - Fibrome intra-péritonéal du ligament rond gau-
che. Soc. de Chirurgie du 14 Mai 1932, p.
736-738.
- RUBENSTEIN M.W. et KURZON A.M. - Adénomyome du ligament rond
au cours de la grossesse - Am. J. Obst. Gyn.
Févr. 1952, n° 2, 458-460, 3 fig. (Bibliogr.)
- RUSSEL W.W. - Bull. Johns Hopkins Hosp. 10 : 8, 1899.
- SAMPSON J.A. - Arch. Surg. 3, 245, 1921.
- SANTOS LOPEZ A. - Des tumeurs des ligaments ronds - Thèse
Paris 8 Juin 1947, n° 10, 25 p.
- SAYET M.M. WICKMAN W. - Kystadénome papillaire du ligament
rond dans le canal de Nück - Am. J. Surg.
Déc. 1951, 82, n° 6, 769-770 (Bibliographie)
- SOROKINE N.I. - Tumeur bénigne du ligament rond de l'utérus
Akoucherstvo Guinek (Moscou) 1956, n° 6, 87.
- SPERL J. - Tumeurs du ligament rond de l'utérus - Zbl. Gyn.
6 Mars 1943, 67, n° 10, 449-454 (Bibliogr.)
- TESTU. - Traité anatomie humaine - Appareil uro-génital p. 72
- TZERENTZIAU D.M. - Tumeur géante du ligament rond - Akou-
cherstvo i guinekologuïa, 1958, n° 5, 114.
- VOTTA (E.A.) - Fibromatosis del ligamento rondo. Revue de
Cir. de Buenos-Aires, 12, 401-414, Juin 1933.

